



MAJOR MEDICAL  
INTERNATIONAL PLAN



**PACIFIC CROSS**  
excellence at every contact



**malacca  
trust**  
*insurance*



## EXCELLENCE AT EVERY CONTACT

Cedera atau penyakit terjadi bukan karena pilihan, tetapi menentukan asuransi kesehatan yang berkualitas merupakan pilihan penting bagi kita semua. Anda PASTI menginginkan perawatan medis yang TERBAIK tanpa harus memikirkan konsekuensi finansial yang harus dihadapi.

*Injury or illnesses never happens by choice, but quality health insurance is an important choice for all of us.*

*You ALWAYS want the BEST medical care available without the worry for any financial consequences.*



## MANFAAT UNGGULAN

*Key Features*

---



Bebas memilih dokter  
dan rumah sakit.  
*Free Choice of doctors  
and hospitals.*



Perlindungan seluruh  
dunia.  
*Worldwide coverage.*



14 hari periode  
*free look.*  
14 days period  
*free look.*



Garansi perpanjangan  
polis.  
*Guaranteed renewable  
policy.*



Jaminan gratis untuk  
olahraga rekreasi.  
*Free coverage for  
recreational sports.*



Bantuan darurat  
24 Jam.  
*24-hour emergency  
assistance.*



## EVAKUASI DARURAT

*Medical Evacuation*

Evakuasi medis darurat serta pemulangan jenazah dari luar negeri.  
*Medical evacuation and repatriation of mortal remains.*



## OPINI MEDIS KEDUA

*Medical second Opinion*

Akses untuk mendapatkan tinjauan medis secara independen dari dokter-dokter ahli di bidangnya.  
*Access to independent medical review from specialists Doctors.*

**Major Medical International Plan** adalah manfaat Rawat Inap yang luas dengan deductible tahunan. Produk yang dirancang untuk memberikan perlindungan dalam kondisi medis yang memerlukan rawat inap atau perawatan medis darurat  
**Major Medical International Plan** is a broad benefit Inpatient only plan with a yearly deductible. A plan designed to provide cover in the event of a medical condition that requires hospitalization or emergency medical treatment

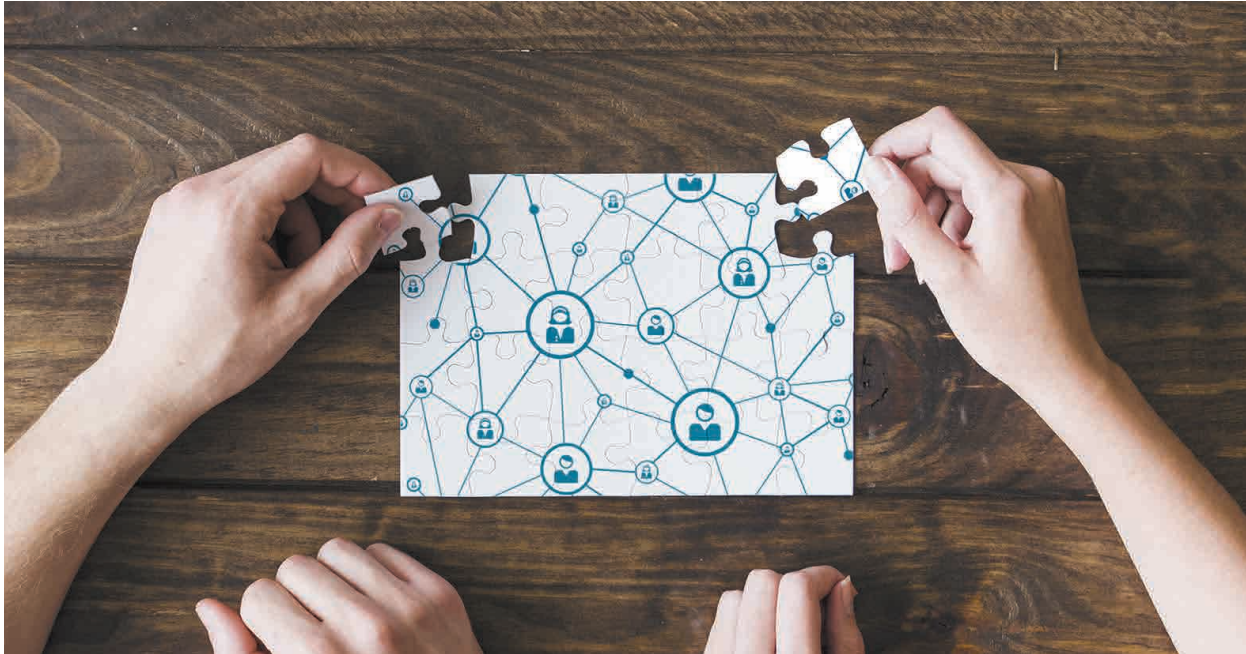
<b>Manfaat Maksimal Untuk Satu Ketidakmampuan dan Turunannya (Mengganti biaya wajar, biasa, dan umum untuk:)</b> <i>Maximum Benefit For Any One Disability and Sequelae (Covers normal, usual and customary charges for:)</i>	<b>MAJOR</b>  <b>US\$ 250,000</b> <b>(US\$ 1,000,000 pilihan/option)</b>
<b>DEDUCTIBLE (Per Orang Per Tahun/Per Person Per Year)</b>	<b>US\$ 1,000</b> <b>(US\$ 2,500 &amp; US\$ 5,000 pilihan/option)</b>
<b>MANFAAT RAWAT INAP (INPATIENT BENEFITS)</b>	<b>MAJOR</b>
Kamar dan Akomodasi ( <i>Room and Board</i> )	Semi-Privat s/d US\$ 350/hari (Pilihan untuk meningkatkan sampai dengan US\$ 1,000 per hari) (Privat di Indonesia, Malaysia, Filipina dan Thailand) <i>Semi-Private up to US\$ 350 per day</i> <i>(Option to increase up to US\$ 1,000 per day)</i> (Private in Indonesia, Malaysia, Philippines, and Thailand)
Akomodasi Orang Tua ( <i>Parent Accomodation</i> )	100%
Unit Perawatan Intensif, Unit Perawatan Koroner & Kamar Operasi <i>Intensive Care Unit, Coronary Care Unit &amp; Operating Room</i>	100%
Biaya Pembedahan ( <i>Surgeon's Fee</i> )	US\$ 30,000 (US\$ 50,000 pilihan/option)
Biaya Pembiusan ( <i>Anaesthetist's Fee</i> )	35% dari Biaya yang memenuhi syarat dokter bedah <i>35% of eligible surgeon's fee</i>
Biaya Aneka Perawatan ( <i>Miscellaneous Inpatient Charges</i> )	100%
Transplantasi Organ Tubuh ( <i>Organ Transplant</i> )	US\$ 200,000
HIV / AIDS	US\$ 100,000
Manfaat Tunjangan Rumah Sakit ( <i>Hospital Cash Benefit</i> )	US\$ 100 per malam ( <i>per night</i> )
Biaya Perawat Di Rumah ( <i>Home Nursing</i> )	100%
Rehabilitasi ( <i>Rehabilitation</i> )	100%
Oncology ( <i>Oncology</i> )	Sesuai Tagihan ( <i>As Charged</i> )
Perawatan Paliatif ( <i>Hospice Care</i> )	US\$ 10,000
Gangguan Mental dan Jiwa ( <i>Psychiatric and Mental Disorders</i> )	US\$ 5,000
Perawatan Lanjutan ( <i>Follow-up Care</i> )	US\$ 2,500

**CATATAN / NOTE :**

Yang dimaksud dengan "100%" adalah kami mengganti seluruh biaya yang normal, biasa dan umum sesuai dengan tipe kelas kamar yang menjadi haknya atau kondisi lainnya yang wajar.

"100%" herein means full reimbursement of the normal, usual and customary charges in accordance with the eligible room type or other localized circumstances or customs.

MANFAAT DARURAT (EMERGENCY BENEFITS)	MAJOR
Mengganti biaya wajar, biasa, dan umum untuk biaya yang layak (Covers normal, usual and customary charges for eligible expenses)	
Perawatan Unit Gawat Darurat (Emergency Room Treatment)	100%
Perawatan Gigi Darurat (Accidental Damage to teeth)	100%
Jasa Darurat Ambulans Lokal (Emergency Local Ambulance Service)	100%
Pelayanan bantuan darurat (Emergency assistance services)	Termasuk (Included)
Pemulangan Jenazah (Repatriation or Mortal Remians)	100%
MANFAAT TAMBAHAN (ADDITIONAL BENEFITS)	MAJOR
Manfaat Perawatan Gigi (Dental Benefit)	US\$ 2,000
Manfaat Kecelakaan Diri (Personal Accident Benefit)	US\$ 100,000 sampai US\$ 500,000 US\$ 100,000 to US\$ 500,000)
Manfaat Perjalanan (Travel Benefit)	
+ Biaya Pengobatan Darurat (Emergency Medical Expenses) Evakuasi Darurat - Emergency Evacuation Manfaat "Get You Home" - "Get You Home" Benefit	US\$ 35,000
+ Kehilangan Bagasi dan Dokumen Perjalanan (Baggage and Travel Documents)	US\$ 750
+ Keterlambatan Bagasi (Baggage Delay)	US\$ 125
+ Uang Pribadi (Personal Money)	US\$ 500
+ Tunjangan Tunai Rumah Sakit (Hospital Cash Income)	US\$ 600
+ Penundaan Perjalanan (Travel Delay) Tunjangan Tunai (Cash Allowance)	US\$ 650
+ Biaya Pembatalan dan Pengurangan Perjalanan Curtailment of Trip and Cancellation Charges	US\$ 2,500
+ Opsi Perlindungan Mobil Rental (Optional Rental Car Protection)	US\$ 10,000



## **TENTANG KAMI** *About Us*

---

**PT Malacca Trust Wuwungan Insurance** merupakan salah satu perusahaan asuransi umum tertua di Indonesia yang berdiri sejak tahun 1952. Bekerja sama dengan **Pacific Cross Indonesia**, yang memiliki sekap terjang dan keahlian khusus di bidang asuransi kesehatan internasional, **Malacca Truss Insurance** telah membangun rancangan produk-produk asuransi kesehatan yang secara khusus diperuntukkan untuk pasar Indonesia.

Berpegang teguh pada komitmen untuk menyediakan pelayanan terbaik kepada para nasabahnya, **Malacca Trust Insurance** bersama **Pacific Cross** akan terus berupaya untuk melakukan pengembangan produk, pelayanan, dan jaringan bisnis yang disesuaikan dengan perkembangan industry asuransi kesehatan di Indonesia.

*PT Malacca Trust Wuwungan Insurance, founded in 1952, is one of the earliest general insurance companies in Indonesia. In collaboration with Pacific Cross Indonesia, which has broad experience and expertise in the field of international health insurance, Malacca Truss Insurance has built a design of health insurance products specifically for the Indonesian market.*

*Sticking to the commitment to provide the best service to its customers, Malacca Trust Insurance with Pacific Cross will strive to develop products, services and business networks to adjust the development of the health insurance industry in Indonesia.*



**PACIFIC CROSS**  
excellence at every contact



**PACIFIC CROSS**  
excellence at every contact



**malacca  
trust**  
*insurance*

Chase Plaza Tower 19th Floor  
Jl. Jend. Sudirman Kav. 21 Jakarta 12920, Indonesia  
t. (+62.21) 2598 9878 f. (+62.21) 2598 9879  
[www.pacificcross.co.id](http://www.pacificcross.co.id)



OPSI DISKON (DISCOUNT OPTIONS)	MAJOR
Tidak Berlaku untuk Manfaat Tambahan dan dikenai tarif minimum US\$ 200 per Tertanggung <i>Not Applicable to Additional Benefits and subject to US\$ 200 minimum per Insured Person</i>	
<b>Penambahan Deductible US\$ 2,500 (Increase Deductible US\$ 2,500)</b>	25% Discount
<b>Penambahan Deductible US\$ 5,000 (Increase Deductible US\$ 5,000)</b>	35% Discount
<b>Batas Wilayah Pengobatan (Treatment Area Limit 5,000)</b>	25% Discount
DISKON GRUP (GROUP DISCOUNT)	MAJOR
Tidak berlaku untuk Manfaat Tambahan (Not applicable to Additional Benefits)	
<b>5+ Orang (Persons)</b>	10% Discount
<b>21+ Orang (Persons)</b>	20% Discount



# FORMULIR APLIKASI MAJOR MEDICAL INTERNATIONAL PLAN

Major Medical International Plan Application Form

Nama Pemegang Polis/Pemohon \_\_\_\_\_ Belakang \_\_\_\_\_ Depan \_\_\_\_\_ Tengah \_\_\_\_\_  
Name of Policyholder/Applicant Last First Middle

Alamat \_\_\_\_\_ Phone Home \_\_\_\_\_  
Address Office \_\_\_\_\_  
Mobile \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

DATA DIRI TERTANGGUNG (INSURED PERSON'S DETAIL)	TERTANGGUNG #1 Insured Person #1	TERTANGGUNG #2 Insured Person #2	TERTANGGUNG #3 Insured Person #3	TERTANGGUNG #4 Insured Person #4
Nama Keluarga (Family Name)				
Nama Depan dan Tengah (First dan Middle Name)				
Tanggal Lahir (Date of Birth)	___/___/___/ (MM/DD/YY)	___/___/___/ (MM/DD/YY)	___/___/___/ (MM/DD/YY)	___/___/___/ (MM/DD/YY)
Jenis Kelamin (Sex)	M/L <input type="checkbox"/> F/P <input type="checkbox"/>	M/L <input type="checkbox"/> F/P <input type="checkbox"/>	M/L <input type="checkbox"/> F/P <input type="checkbox"/>	M/L <input type="checkbox"/> F/P <input type="checkbox"/>
Hubungan dengan Pemegang Polis (Relationship to Policyholder)				
Pekerjaan (Occupation and Duties)				
Tinggi (Height)	___ Cm/ ___ Ft ___ In	___ Cm/ ___ Ft ___ In	___ Cm/ ___ Ft ___ In	___ Cm/ ___ Ft ___ In
Berat (Weight)	___ Kg/ ___ Lb	___ Kg/ ___ Lb	___ Kg/ ___ Lb	___ Kg/ ___ Lb
No. KTP atau Paspor (Government I.D or Passport No.)				
Kewarganegaraan (Country of Citizenship)				
Negara Tempat Tinggal (Country of Residence)				
Email untuk Healthcare 365 (Email for Healthcare 365)				
Premi Tingkat Komunitas (Community Rated Premiums)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## PLAN YANG DIPILIH (PLAN SELECTION)

Major Medical (US\$ 250,000)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option (US\$ 1,000,000)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MANFAAT TAMBAHAN (Additional Benefits)	TERTANGGUNG #1	TERTANGGUNG #2	TERTANGGUNG #3	TERTANGGUNG #4
<input type="checkbox"/> Room & Board (Option) \$ _____ <input type="checkbox"/> Surgeon's Fee <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Rental Car Protection	<input type="checkbox"/> Room & Board (Option) \$ _____ <input type="checkbox"/> Surgeon's Fee <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Rental Car Protection	<input type="checkbox"/> Room & Board (Option) \$ _____ <input type="checkbox"/> Surgeon's Fee <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Rental Car Protection	<input type="checkbox"/> Room & Board (Option) \$ _____ <input type="checkbox"/> Surgeon's Fee <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Rental Car Protection	<input type="checkbox"/> Room & Board (Option) \$ _____ <input type="checkbox"/> Surgeon's Fee <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Rental Car Protection
MANFAAT KECELAKAAN DIRI (Personal Accident Benefit) P.A Sum Insured (in US\$ 10,000's)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
NAMA PENERIMA MANFAAT (Beneficiary Designation)				
HUBUNGAN DENGAN TERTANGGUNG (Relationship to Insured Person)				

## OPSI DISKON (DISCOUNT OPTIONS)

Treatment Area Limit (TAL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deductible	<input type="checkbox"/> US\$ 2,500 <input type="checkbox"/> US\$ 5,000	<input type="checkbox"/> US\$ 2,500 <input type="checkbox"/> US\$ 5,000	<input type="checkbox"/> US\$ 2,500 <input type="checkbox"/> US\$ 5,000	<input type="checkbox"/> US\$ 2,500 <input type="checkbox"/> US\$ 5,000

## OPSI PEMBAYARAN (PAYMENT OPTIONS)

Premi Tahunan (Annual Premium)	<input type="checkbox"/> Tahunan (Annual)	<input type="checkbox"/> Premi (Premium Due) _____
Semesteran (Semi-Annual) 52%	<input type="checkbox"/> Semesteran (Semi-Annual)	<input type="checkbox"/> Premi (Premium Due) _____

TANGGAL EFEKTIF (PREFERRED EFFECTIVE DATE) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (MM/DD/YY)

\* Mohon berikan informasi tentang riwayat kesehatan Anda. Semua informasi yang diberikan akan dirahasiakan. Info lengkap dan akurat dari Anda akan membantu kami dalam menyeleksi risiko diri Anda. Setiap orang yang akan dimasukkan dalam polis perlu mengisi formulir secara lengkap. (Orang tua diminta untuk melengkapi dan menandatangani formulir atas nama anak).  
Kindly provide information on your medical history. All information provided is kept in strictest confidentiality. Your complete and accurate responses will assist us to properly underwrite your policy. Each person to be included in the policy is required to complete the below question. (Parents are required to complete and sign on behalf of children).

	#1		#2		#3		#4	
	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
1. a). Apakah anda saat ini ditanggung oleh polis asuransi kesehatan lain? (Jika "Ya" mohon lampirkan salinan polisnya dan cakupan manfaat) <i>Are you currently covered by any medical insurance policy? (If "Yes" please provide us with a copy of the policy and benefits schedule)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b). Pernahkah formulir asuransi kesehatan atau jiwa ditolak, dilakukan kenaikan atau dibatasi? (Jika "Ya" mohon dijelaskan) <i>Has any medical or life application been declined, rated or restricted? (if "Yes", Please explain)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c). Pernahkah polis asuransi kesehatan atau jiwa dibatalkan, ditarik kembali, dilakukan kenaikan atau dibatasi? (Jika "Ya" mohon dijelaskan) <i>Has any medical or life policy been cancelled, withdrawn, rated or restricted? (if "Yes", Please explain)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pada setiap saat sebelum permohonan ini apakah anda pernah mengalami gejala dari atau terdiagnosa, diperiksa atau diobati untuk setiap hal-hal dibawah ini: ( <b>garis bawah</b> hal yang spesifik dan jelaskan di bagian yang tersedia) <i>At any time prior to the application, have you ever had symptoms of or been diagnosed, investigated or treated for any of the following: (<b>underline</b> the specific item and explain in the space provided below)</i>								
a). Gangguan bicara, paralisis, kehilangan pendengaran, cacat fisik, kelemahan, penyakit kongenital, kelainan bentuk atau penyakit genetik atau kondisi kronis? <i>Speech defect, paralysis, hearing loss, physical defect, infirmity, congenital illness, genetic deformity or disease or chronic condition?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b). Asma, kelainan pernafasan atau alergi atau gangguan mata, telinga, hidung atau tenggorokan? <i>Asthma, respiratory or allergic condition or disorder of the eyes, ears, nose or throat?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c). Gangguan mental atau kejiwaan, pingsan, kehilangan kesadaran, perubahan keadaan emosional, kecanduan alkohol/obat-obatan, epilepsi/kejang? <i>Psychiatric or mental disorder, fainting, blackout, mood change, drug/alcohol addiction, seizure or fit?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d). Hipertensi, tekanan darah (tinggi atau rendah), nyeri dada, masalah kolesterol, pusing berputar, gangguan jantung/peredaran darah? <i>Hypertension, (high or low) blood pressure, chest pain, cholesterol problem, dizziness, heart or circulatory disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e). Batu ginjal, penyakit kelamin, atau gangguan kandung kemih, prostat, ginjal atau saluran kelenjar kemih? <i>Kidney stone, venereal disease, or disorder of the bladder, prostate, kidney, or genito-urinary tract?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f). Hepatitis, ulkus, wasir, radang usus besar atau gangguan perut, empedu, hati atau usus? <i>Hepatitis, ulcer, hemorrhoid, colitis or stomach, gall bladder, liver or bowel disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g). Sciatica, nyeri punggung, sakit sendi atau rematik, penyakit artritis, penyakit atau gangguan otot, sendi atau tulang? <i>Sciatica, back pain, joint pain or rheumatic, arthritic, muscle, joint or bone disease or disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h). Kelainan darah atau gangguan pembuluh darah? <i>Blood abnormality or blood vessel disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i). HIV, AIDS, Kompleks berkaitan dengan AIDS, atau indikasi mengenai gangguan sistem kekebalan atau darah? <i>HIV, AIDS, AIDS related complex, or any indication of blood or immune system disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j). Kanker, tumor atau kista? <i>Cancer, tumor or cyst?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k). Gangguan kulit? <i>Skin Disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l). Diabetes melitus, gangguan kelenjar atau hormon? <i>Diabetes mellitus, glandular or hormonal disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m). Demam rematik, asam urat, malaria atau hernia jenis apapun? <i>Rheumatic fever, gout, malaria or hernia of any kind?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n). Gangguan kandungan atau penyakit atau komplikasi yang berkaitan dengan kehamilan? <i>Gynecological disorder or disease or complication associated with pregnancy?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o). Apakah anda sedang hamil? (hanya untuk wanita) <i>Are you pregnant now? (for female only)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p). Penyakit lainnya, gangguan atau cidera? <i>Any other ailment, impairment, or injury?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Apakah anda saat ini sedang melakukan pemeriksaan kesehatan atau mengkonsumsi obat-obatan atau menerima pengobatan dalam bentuk apapun yang direkomendasikan atau diresepkan? (rincian dengan dosis) <i>Are you currently undergoing any investigations or taking any medications or receiving any from treatment recommended or prescribed? (list with dosage)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Apakah anda pernah menjadi pasien rumah sakit atau sanatorium untuk pembedahan, observasi atau pengobatan dalam 5 tahun terakhir ini? <i>Have you been a patient in a hospital or sanitarium for surgery, observation or treatment in the last 5 years?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pernahkah anda merokok atau penggunaan tembakau cara lain? (jika "Ya" mohon berikan keterangan jumlah konsumsi (bungkus) dan lamanya menggunakan tembakau) <i>Have you ever smoked or otherwise used tobacco? (if "Yes" please advise the consumption (pack) and duration of tobacco use)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CARA PEMBAYARAN (PAYMENT METHOD)**

Pembayaran dapat dilakukan dengan:

1. CEK yang ditujukan kepada PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance
2. TRANSFER ke rekening bank yang tercantum berikut ini
3. Pembayaran dengan KARTU KREDIT menggunakan formulir otorisasi

Payment may be made by:

1. CHECK payable to PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance
2. TELEGRAPHIC TRANSFER to the bank account as noted
3. CREDIT CARD PAYMENT using the payment authorization form

**BCA - Rekening Rupiah (IDR Account)**

Acc No. : 035.322.1121

Nama : PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance

Cabang : BCA Sudirman Jl. Jend. Sudirman Kav. 21

\* Jika anda menjawab "Ya" atas pertanyaan 1 sampai 5 diatas, berikan rincian lengkap termasuk sejarah medis, diagnosa, jenis/tanggal perawatan dan pengobatan yang diterima, tanggal konsultasi terakhir dan laporan medis terkait dll. (Jika lembar tidak cukup, mohon menggunakan lembar terpisah untuk setiap Tertanggung).

*If you answered "Yes" to any of the above questions 1 to 5, please give complete details including medical history, diagnosis, nature/date of care and treatment received, date of last consultation and related medical reports, etc. (If the space provided is insufficient, please use a separate sheet for each Insured Person).*

---

---

---

---

---

---

---

---

\* Mohon berikan nama dan rincian kontak dari dokter pribadi atau dokter untuk setiap Tertanggung.

*Kindly provide name and contact details of the personal physician or doctor for each Insured Person.*

---

---

---

---

---

---

---

---

**PERNYATAAN (DECLARATION)**

Dengan ini saya mengajukan permohonan polis yang didasarkan pada pernyataan di atas dan menyatakan bahwa, semua jawaban pertanyaan tersebut di atas adalah benar dan tercatat akurat sesuai dengan pengetahuan dan keyakinan saya.

Saya memberikan kuasa kepada dokter berlisensi, praktisi medis, rumah sakit, klinik atau fasilitas medis atau yang terkait lainnya, perusahaan asuransi atau organisasi lainnya, instansi atau perorangan, yang memiliki catatan kesehatan atau informasi mengenai saya atau kesehatan saya, untuk memberikan PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance segala informasi tersebut. Salinan fotokopi dari surat kuasa ini harus dianggap sah sesuai dengan aslinya.

Saya selanjutnya memberikan kuasa kepada Perusahaan untuk memberikan data pribadi saya termasuk namun tidak terbatas pada kesehatan dan rincian klaim yang terjadi kepada perusahaan reasuransi dengan mana Perusahaan memiliki atau mengusulkan untuk memiliki hubungan atau kepada setiap agen, kontraktor atau provider pihak ketiga yang menyediakan layanan kepada Perusahaan berkaitan dengan operasional bisnisnya tersebut.

Dengan ini saya menyatakan dan setuju bahwa Pemegang Polis akan memiliki kewenangan untuk berhubungan dengan, menerima atau meminta informasi dari Perusahaan berkaitan dengan (para) Tertanggung dalam hubungannya terhadap segala klaim atau hal-hal yang timbul dari polis yang diterbitkan sehubungan dengan aplikasi ini. Saya selanjutnyasetuju bahwa pembayaran dari setiap manfaat - manfaat disini atas Pemegang Polis atau (para) Tertanggung dalam kaitannya dengan seluruh klaim dianggap sebagai pelunasan penuh atas bagian Perusahaan dalam kaitannya dengan klaim tersebut.

*I hereby apply for a policy to be based on the above statements and declare that, to the best of my knowledge and belief, all answers to the foregoing questions are correctly and accurately recorded, and that they are full, complete and true.*

*I hereby authorize any licensed physician, medical practitioner, hospital, clinic or other medical or medically related facility, insurance company or other organization, institution or person, that has any records or knowledge of me or my health, to give to PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance any such information. A photostat copy of this authorization shall be as valid as the original.*

*I further authorize the Company to provide my personal data including but not limited to health and eatils of the claims incures to reinsurance companies with whom the Company has or proposes to have dealings or to any agent, contractor or third party service provider who provides services to the Company in connection with the operation of its business.*

*I hereby declare and agree that the Policyholder shall have the authority to deal with, receive or request for information from the Company concerning the Insured Person(s) in relation in any claims or matters arising from the policy issued pursuant to this application. I further agree that payment of any benefits hereunder to the Policyholder or Insured Person(s) in relation to all claims shall constitute a full discharge on the part of the Company in relation to such claims.*

**Tanda Tangan (Signature)**

<b>Tertanggung #1</b> Insured Person #1 _____	<b>Tanggal (Date (MM/DD/YY))</b> _____
<b>Tertanggung #2</b> Insured Person #2 _____	<b>Tanggal (Date (MM/DD/YY))</b> _____
<b>Tertanggung #3</b> Insured Person #3 _____	<b>Tanggal (Date (MM/DD/YY))</b> _____
<b>Tertanggung #4</b> Insured Person #4 _____	<b>Tanggal (Date (MM/DD/YY))</b> _____
<b>Pemegang Polis</b> Policyholder _____	<b>Tanggal (Date (MM/DD/YY))</b> _____
	<b>Broker</b> _____

\* (Dalam huruf besar/In block letters)

## Manfaat Perawatan Gigi

Laporan lengkap Pemeriksaan Gigi dari dokter gigi yang bersangkutan harus diserahkan bersama dengan aplikasi jika opsi manfaat gigi diambil oleh Pemohon.

## Pengecualian (di rangkum dari polis)

Rencana medis tidak menjamin perawatan, pengobatan, layanan atau persediaan untuk :

- Kondisi yang telah ada sebelumnya yang tidak dinyatakan kepada dan diterima oleh Perusahaan;
- Ketika (para) tertanggung berhak atas ganti rugi dari pihak ketiga atau rencana manfaat lainnya.
- Keluarga Berencana; pengobatan impotensi atau ketidaksuburan (termasuk inseminasi buatan, bayi tabung, transfer embrio); pengembalian kesuburan atau aborsi yang direncanakan;
- Kondisi congenital dan kelainan atau penyakit genetik;
- Pengobatan atau manajemen yang terkait berat badan atau pembedahan bariatric;
- Abnormalitas perkembangan;
- Persistent Vegetative State atau kerusakan saraf permanen;
- Perawatan custodial, perawatan atau pelayanan di rumah, cek-up kesehatan rutin, atau segala perawatan yang dianggap tidak diperlukan oleh Perusahaan, vaksinasi, konseling, tes pendengaran, cacat refraksi mata, pembedahan korektif mata untuk kesalahan refraksi, peralatan pengkoreksi, atau perawatan gigi kecuali dijamin dalam jaminan manfaat pilihan dalam polis tersebut untuk penglihatan, gigi atau cek-up kesehatan;
- Ketidakmampuan sebagai akibat dari perang atau segala bentuk daripadanya, keikutsertaan di AD, AL atau AU, kerusakan, perang sipil;
- Olahraga profesional atau berbahaya kecuali dinyatakan kepada dan diterima oleh Perusahaan;
- Kesengajaan untuk melukai diri sendiri, bunuh diri, penyalahgunaan alkohol, ketergantungan obat atau penyakit kelamin;
- Kosmetik atau bedah re-konstruksi kecuali disebutkan lain dalam dokumen polis.
- Proteza, peralatan ortotik, peralatan koreksi dan perlengkapan medis yang tidak dibutuhkan dalam prosedur operasi;
- AIDS, Kompleks berkaitan AIDS, atau Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan/atau penyakit - penyakit terkait yang bermanifestasi pada suatu waktu di dalam lima tahun kepesertaan berturut - turut dari tanggal efektif tertanggung; dan
- Biaya - biaya yang ditimbulkan untuk menyediakan dokumen medis yang dipersyaratkan oleh Perusahaan.

## 14-Day Free Look

Anda dapat mengembalikan polis Anda dalam waktu empat belas hari setelah menerima pengembalian penuh dari premi yang telah dibayarkan

## Penjaminan Anak

Seorang anak atau anak-anak tidak dapat dijamin sendiri di dalam Polis asuransi. Orang tua atau wali harus disertakan agar seorang anak atau anak-anak dapat diasuransikan.

## Loading Geografis

Dibebankan kedalam premi untuk manfaat kesehatan (dan pilihan) kepada penduduk untuk menjamin tingginya biaya pelayanan medis pada sebagian daerah tersebut.

## Kelas Pekerjaan

Jaminan kecelakaan diri berdasarkan bahaya kelas yang berkaitan dengan pekerjaan dan tugasnya. Kelas 1 : bahaya sangat ringan; kelas 2 : bahaya ringan, kelas 3 : pekerjaan manual yang tidak berbahaya; dan kelas 4 : pekerjaan berbahaya. Kelas 3 diberikan sesuai permintaan dan kelas 4 tidak memiliki jaminan.

## Kondisi yang telah ada sebelumnya

Segala ketidakmampuan yang ada sebelum tanggal efektif polis dari seorang tertanggung, yang menunjukkan tanda dan gejala yang diketahui atau seharusnya diketahui oleh Tertanggung.

## Premi

Didasarkan hari pertama dalam tahun polis tertanggung; Tabel tarif berlaku pada tanggal jatuh tempo premiu; dan, tempat tinggal, status keluarga, metode pembayaran dan faktor lain yang mempengaruhi biaya asuransi. Premi dapat direvisi berdasarkan pengalaman klaim atau kriteria lain yang dapat ditentukan Perusahaan, atas pertimbangannya sendiri. Kebijakan diperbaharui secara otomatis setelah pembayaran premi diperpanjang.

## Premi Tingkat Komunitas

Premi Tingkat Komunitas (CR Premiums) telah tersedia untuk semua polis Asuransi Pacific Cross. Nasabah dapat memilih untuk opsi CR Premium pada saat pengisian aplikasi atau pembaharuan polis. Penambahan beban premi akan di tentukan dalam polis pada saat memilih opsi ini. Untuk informasi lengkap dapat diakses pada website, atau langsung menghubungi kami.

## Batas Area Pengobatan

Tidak berlaku untuk biaya rawat inap yang dikeluarkan untuk perawatan cedera darurat atau penyakit akut yang terjadi seluruhnya setelah perjalanan dimulai hingga 30 hari perjalanan ke daerah yang termasuk batasan dalam satu tahun kebijakan.

## Masa tunggu

Manfaat tidak dibayar untuk penyakit selama 30 hari pertama pertanggungannya. Manfaat untuk cedera akibat kecelakaan yang terjadi seluruhnya setelah tanggal efektif dapat dijamin segera.

## **Dental Benefits**

A completed Oral Examination Report must be submitted with the first dental claim. All conditions requiring treatment as of the first dental visit are deemed to be pre-existing conditions.

## **Exclusions (extracted from policy)**

Medical plans do not cover care, treatment, services or supplies for:

- Pre-existing conditions not declared to and accepted by the company;
- Which the Insured Person is entitled to indemnity from a third party or other benefit plan.
- Birth control; treatment of impotence or infertility (including artificial insemination, in-vitro fertilization, embryo transfer); sterilization reversal or elective abortion;
- Congenital conditions and genetic deformities or diseases;
- Weight treatment and management or bariatric surgery;
- Developmental abnormalities;
- Persistent Vegetative State or permanent neurological damage;
- Custodial Care, home care or services, routine medical check-ups, or any treatments considered unnecessary by the Company, vaccinations, counseling, hearing tests, refractive defects of the eye, corrective eye surgery for refractive error, corrective devices, or dental treatment unless covered under the optional benefits cover of this policy for vision, dental or medical check-up;
- Disability resulting from war or any act thereof, services in the military, naval or air force, riot, civil commotion;
- Hazardous or professional sports unless declared to and accepted by the Company
- Intentionally self-inflicted injury, suicide, abuse of alcohol, drug addiction or venereal diseases;
- Cosmetic or reconstructive surgery except otherwise mentioned in the policy document.
- Prosthesis, orthotic devices, corrective devices and medical appliances not required for a surgical operation;
- AIDS, AIDS Related Complex, or Human Immunodeficiency Virus (HIV) and/or related illnesses which manifest at any time within five years from the Insured Person`s effective date; and
- Expenses incurred for provision of medical documentation required by the Company.

## **14-Day Free Look**

You may return your policy within fourteen days after receipt for a full refund of the premiums paid.

## **Child Coverage**

A child or children cannot be covered alone under an insurance policy. Parents or guardians must be included in order for a child/children to be insured.

## **Geographical Loading**

Applies to the medical Plan (& options) premium for residents to cover the high cost of medical care in that particular area.

## **Occupational Class**

Personal Accident cover is based on the hazard class associated with an occupation and its duties. Class 1: very light hazards; Class 2: light hazards; Class 3: non-hazardous manual labor; and, Class 4: hazardous occupations. Class 3`s are quoted on request and Class 4`s have no cover.

## **Pre-existing Condition**

Any Disability which existed before the policy effective date in respect of an Insured Person, which presented signs and symptoms of which the Insured Person was aware or should reasonably have been aware.

## **Premiums**

Are based on the Insured Person`s on the first day of the policy year; the rate table in effect on the premium due date; and, residence, family status, payment mode and other factors which affect the cost of insurance. Premiums may be revised based on claims experience or other criteria which the Company, at its sole discretion, may determine. Policies renew automatically upon payment of renewal premium.

## **Community Rated Premiums**

Community Rated Premiums (CR Premiums) are now available for all Pacific Cross Insurance Policy. Clients can opt for CR Premiums at the line of application or renewal. A CR Premiums loading will be placed on the policy upon selecting this option. For more details visit our website or contact us.

## **Treatment Area Limit**

Does not apply to inpatient expenses incurred for emergency treatment of injury or acute illness which occurs wholly after the start of travel for up to 30 days of travel to the affected areas in any one policy year.

## **Waiting Period**

Benefits are not paid for sickness during the first 30 days of coverage. Benefits for injuries due to covered accidents occurring wholly after the effective date are covered immediately.

**FOR APPLICANT OVER AGE 64 ONLY**

To be submitted directly to:

**Pacific Cross Insurance Company Limited**  
**c/o International Services Pacific Cross**

Chase Plaza Tower 19th Floor Jl. Jend. Sudirman Kav. 21 Jakarta 12920, Indonesia

t. (+62.21) 2598 9878 f. (+62.21) 2598 9879 E-mail: agency.broker@pic-indo.com / consultant@pic-indo.com

*Note: Please complete in full and submit this form to Pacific Cross.*

*Non - Pacific Cross Pre – Approved Doctors will need to submit board certifications and license information along with this report.*

*The fee shall be refunded to the Applicant if the application is approved by the Company but the maximum amount shall not exceed US\$ 250*

**PART I (TO BE FILLED OUT BY THE APPLICANT)**

Name : Last : \_\_\_\_\_ First : \_\_\_\_\_ Middle : \_\_\_\_\_  
 Address : \_\_\_\_\_  
 Telephone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_  
 Date of Birth (MM/DD/YY) : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Sex : \_\_\_\_\_  
 Country of Citizenship : \_\_\_\_\_ Country of Residence : \_\_\_\_\_  
 Father's Name : \_\_\_\_\_ Mother's Name : \_\_\_\_\_  
 If Deceased, Caused of Death : \_\_\_\_\_ If Deceased, Caused of Death : \_\_\_\_\_  
 No. of Siblings : \_\_\_\_\_ If Any Sibling Is Deceased, Caused of Death : \_\_\_\_\_  
 Medical Coverage :  Yes  No

This note gives the physician permission to report any medical information requested to Pacific Cross Insurance Co. Ltd. or its administrators.

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant

\_\_\_\_\_  
Date (MM/DD/YY)

**PART II (TO BE FILLED OUT BY THE PHYSICIAN)**

**II - A MEDICAL QUESTIONNAIRE** (Mark "Yes" or "No" and circle the specific item)

	Yes	No		Yes	No
1. Weight loss / weight gain for the past 6 months	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Frequent/painful urination, change in caliber of urine /hematuria, passage of stone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Unexplained headache/dizziness, seizure, localized weakness or numbness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Abnormal vaginal discharge or bleeding, painful/ abnormal menstruation, breast pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Blurring of vision, recurrent rhinitis, sorethroat, ear discharge or decreased hearing sensation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Joint pain, non healing wound, change in color of extremities, claudication, cramps edema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Painful swallowing, recurrent abdominal pain, change in bowel habit and caliber of stool, hematemesis, hematochezia or melena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Ecchymoses, petechia, easy bruisability, gum or nose bleeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Chest pain, choking sensation, shortness of breath, easy fatigability, orthopnea or paroxysmal nocturnal dyspnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Allergies, history of angioneurotic edema or any anaphylactic reaction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Details: _____		

**ADDITIONAL INFORMATION**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**SOCIAL HISTORY**

	Yes	No	
SMOKING	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Details : _____
ALCOHOL INTAKE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Details : _____
ANY FORM OF EXERCISE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Details : _____

**FAMILY HISTORY** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PAST MEDICAL HISTORY** (confinements, previous illness, etc.) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**II - B PHYSICAL EXAMINATION REPORT** (please comment on each area)

- 1. VITAL SIGN : BP : (SITTING) \_\_\_\_\_ (STANDING) \_\_\_\_\_ HR: \_\_\_\_\_ /MIN TEMP: \_\_\_\_\_ C°  
: HEIGHT: \_\_\_\_\_ cm WEIGHT: \_\_\_\_\_ kg
- 2. HEENT : EYES : \_\_\_\_\_ NOSE : \_\_\_\_\_  
FUNDOSCOPY: \_\_\_\_\_ EARS: \_\_\_\_\_  
NECK/THROAT: \_\_\_\_\_
- 3. LUNGS : \_\_\_\_\_
- 4. BREAST EXAMINATION (for female) : \_\_\_\_\_
- 5. HEART : \_\_\_\_\_
- 6. ABDOMEN : \_\_\_\_\_
- 7. EXTREMITIES : \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTIC TEST RESULTS** (copies of relevant result are required)

- A. CHEST X-RAY : \_\_\_\_\_
- B. 12 LEAD ECG : \_\_\_\_\_
- C. ROUTINE URINALYSIS (Micro) : \_\_\_\_\_
- D. COMPLETE BLOOD COUNT (CBC) : \_\_\_\_\_
- E. LIPID PROFILE : \_\_\_\_\_
- F. LIVER FUNCTION TEST (SGPT, SGOT, GGT : \_\_\_\_\_  
Alkaline phosphate, Bilirubins, Albumin)
- G. KIDNEY FUNCTION TEST : \_\_\_\_\_  
(BUN, Creatinine, Uric Acid)
- H. THYROID FUNCTION TEST (T3 & T4) : \_\_\_\_\_
- I. FASTING BLOOD SUGAR : \_\_\_\_\_
- J. HbA1c : \_\_\_\_\_
- K. HEP TESTS (B & C) : \_\_\_\_\_
- L. HIV : \_\_\_\_\_
- M. PSA (MALE) : \_\_\_\_\_
- N. PAP SMEAR (FEMALE) : \_\_\_\_\_

**ADDITIONAL TEST RESULT** (to be done if indicated): (copies of relevant result are required)

- A. 2-D ECHO CARDIOGRAM WITH DOPPLER: \_\_\_\_\_
- B. TREADMIL STRESS TEST : \_\_\_\_\_
- C. BILATERAL MAMMOGRAPHY : \_\_\_\_\_  
ULTRASOUND (for female)
- D. URINALYSIS (C & S) : \_\_\_\_\_
- E. ABDOMINAL ULTRASOUND : \_\_\_\_\_
- F. ALPHA FETO PROTEIN : \_\_\_\_\_

**IMPRESSION :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Attending Physician

\_\_\_\_\_  
Name of Physician

\_\_\_\_\_  
Date (MM/DD/YY)